

令和元年度10月からの保育料等の無償化に係る申請について

令和元年7月30日

令和元年度における保育料等の無償化に当たり、保護者の皆様に必要な申請などの手続きについてご説明します。

1 保育料の無償化について

令和元年10月分から、給食費や通園送迎費などの各施設での実費徴収額を除く保育料（町が決定し通知している保育料）が無償化されます。

この保育料の無償化には、保護者からの申請は必要ありません。

9月上旬に町が発行する「利用者負担額決定通知書」で、10月以降の保育料が0円になっていることをご確認ください。

2 副食費の無償化について

保育料の無償化に併せて、世帯収入や家族構成などの要件により、現在施設にお支払いいただいている給食費のうち、副食費（おかず、牛乳、おやつなどの料金）が免除されます。

免除の対象となる児童は次のとおりですが、町が審査・決定しますので、副食費の免除についても、保護者からの申請は必要ありません。

免除対象となる場合には、「利用者負担額決定通知書」の送付と同時期に、免除対象者に決定したことを文書により通知します。

なお、免除される副食費の額については、各施設において設定が異なりますので、免除が決定した場合には、利用中の施設にご確認ください。

○対象児童

- ・世帯収入360万円未満相当の世帯に属する児童
(9月に通知する令和元年度後期保育料の階層区分が、第1階層から第3階層に属する児童)
- ・同一世帯内の小学校3学年終了前の児童で第3子以降の児童

3 預かり保育利用料の無償化について

平日の教育時間終了後や夏休みなどの長期休業中に預かり保育を利用する児童で、保育園を利用する児童と同等の保育の必要性が認められる場合には、預かり保育の利用料も無償化の対象となります。

下記の「○対象児童」に該当する場合は、保育の必要性がある児童と認められますので、「4 給付認定申請の手続き」に従って申請書等をご提出願います。

○対象児童

- ・ 3～5 歳児 保護者が以下の【保育を必要とする事由】に該当する児童
- ・ 満 3 歳児 令和元年度市町村民税非課税世帯で、保護者が以下の【保育を必要とする事由】に該当する児童

《満 3 歳児とは？》

本年度 4 月 1 日以降に 3 歳の誕生日を迎え、年度の途中に 3 歳児クラスに入園した児童のことです。

【保育を必要とする事由】

保護者が、保育を必要とする次の事由のいずれかに該当している。

ア 月に 48 時間以上の就労	カ 求職活動(起業準備を含む。最長 3 か月)
イ 妊娠、産後間がない	キ 就学、職業訓練
ウ 疾病、障がい	ク 虐待やDVのおそれ
エ 同居親族等の介護、看護	ケ その他町長が認める場合
オ 災害復旧	

《注意事項》

- 1 求職活動の有効期間は、最大 3 か月間です。この間に就労等の他の事由に該当しなければ、無償化の認定は取り消しになります（他の事由も有効期間がある場合は同様です）。
- 2 申請内容が変わった場合は変更の届け出が必要です。また、保育の必要性が継続しているかどうかを確認するために、年に一度、現況届けを提出していただきます。
- 3 必要な届け出を行わなかったり、保育の必要性がなくなった場合には、認定は取り消しになり、無償化の対象外となります。

○対象額

預かり保育利用料の無償化対象額には、保育料と同じように上限額があります。

無償化される額は、次の①から③の額のうち、もっとも低い額となり、無償化される額よりも預かり保育利用料の実額が高い場合は、差し引き額が保護者の実費負担となります。

無償化される額を算定するために比較する金額		
① 預かり保育料利用料実額	② 預かり保育実利用日数×450円	③ 11,300円(満3歳児は16,300円)
利用中の幼稚園から、預かり保育を利用した月に請求される、預かり保育利用料の月額です。	実際に預かり保育を利用した日数に、無償化の1日あたりの上限額450円を乗じた額です。	無償化の1か月あたりの上限額です。

＜ 算定例 ＞

次のように預かり保育を利用した場合・・・

(例1) 預かり保育利用料が1時間100円で、 1日3時間で月20日利用した場合
--

(例2) 預かり保育利用料が1日800円で、 月20日利用した場合

(例3) 預かり保育利用料が月12,000円で、 月26日利用した場合

①～③の額を比較して・・・

① 預かり保育利用料実額 100円×3時間×20日=6,000円
② 利用日数×日額単価 450円 450円×20日=9,000円
③ 月額上限 11,300円

① 預かり保育利用料実額 800円×20日=16,000円
② 利用日数×日額単価 450円 450円×20日=9,000円
③ 月額上限 11,300円

① 預かり保育利用料実額 12,000円
② 利用日数×日額単価 450円 450円×26日=11,700円
③ 月額上限 11,300円

無償化される額と追加負担額は・・・

無償化額は ①の 6,000円 追加負担額は 0円

無償化額は ②の 9,000円 追加負担額は 7,000円
--

無償化額は ③の 11,300円 追加負担額は 700円

①～③のうちで比較してもっとも低い額(二重線で囲った額)が無償化対象額となるので、それぞれの場合において無償化される額と、保護者の追加負担額は上記のとおりとなります。

4 給付認定申請の手続き

(1) 申請書の提出場所

現在利用中の幼稚園または認定こども園

(2) 提出期限

令和元年 8 月 30 日まで

(3) 申請に必要な書類

必要書類は、次のとおりです。不備があると申込みをお受けできませんので、ご注意ください。

書類の種類	作成上の注意点等										
1 子育てのための施設等利用給付認定申請書	<ul style="list-style-type: none"> ○ 申し込む児童 1 人につき、1 通作成してください。 ○ 必ず印鑑を押してください。 										
2 就労証明書 または 保育の利用を必要とする申告書	<ul style="list-style-type: none"> ○ 申し込む児童の数にかかわらず、父親、母親で 1 通ずつ、次のうち該当する書類をいずれか一つ作成してください。 ・ 就労の方 就労証明書を提出してください。就労証明書は、同封の様式により、雇用主に証明を依頼してください。 ・ 就労以外の事由の方 保育の利用を必要とする申告書を提出してください。なお、事由によっては以下の添付書類が必要です。 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">保育を必要とする事由</th> <th style="text-align: center;">添付書類</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>妊娠中、産後間がない</td> <td>母子手帳（出産予定日のページ）の写し</td> </tr> <tr> <td>疾病、障がい</td> <td>診断書（町で定める様式がありますのでお問い合わせください）、障害者手帳の写し等</td> </tr> <tr> <td>同居親族等の介護、看護</td> <td>介護する方について（町で定める様式がありますのでお問い合わせください）等</td> </tr> <tr> <td>就学、職業訓練</td> <td>在学証明書、職業訓練受講証明書等の写し</td> </tr> </tbody> </table> <ul style="list-style-type: none"> 【例 1】両親とも就労の場合 → 父母それぞれの就労証明書 【例 2】父が就労で、母が求職活動中の場合 → 父は就労証明書、母は保育の利用を必要とする申告書 【例 3】父が就労で、母が妊娠中の場合 → 父は就労証明書、母は保育の利用を必要とする申告書に母子手帳の写しを添付 	保育を必要とする事由	添付書類	妊娠中、産後間がない	母子手帳（出産予定日のページ）の写し	疾病、障がい	診断書（町で定める様式がありますのでお問い合わせください）、障害者手帳の写し等	同居親族等の介護、看護	介護する方について（町で定める様式がありますのでお問い合わせください）等	就学、職業訓練	在学証明書、職業訓練受講証明書等の写し
保育を必要とする事由	添付書類										
妊娠中、産後間がない	母子手帳（出産予定日のページ）の写し										
疾病、障がい	診断書（町で定める様式がありますのでお問い合わせください）、障害者手帳の写し等										
同居親族等の介護、看護	介護する方について（町で定める様式がありますのでお問い合わせください）等										
就学、職業訓練	在学証明書、職業訓練受講証明書等の写し										

5 認定の決定等

施設等利用給付認定通知書は、9月中に対象者に送付する予定です。

6 連絡・問合せ先

音更町役場子ども福祉課子育て支援係

電話：0155-42-2111 内線538、FAX：0155-42-5160

開庁時間	
月曜日、水曜日～金曜日	午前8時45分から午後5時30分まで
火曜日	午前8時45分から午後7時00分まで

【申請に当たっての同意事項】

- 1 町が、施設等利用給付又は副食費の施設による徴収に係る補足給付の認定のため、必要に応じ、世帯の戸籍・住民登録、課税、生活保護、児童手当、児童扶養手当、障がいの状況に関する資料を閲覧し、又は取得すること。
- 2 町が、保育を必要とする理由の確認のため、必要に応じ、勤務先に就労状況を確認する等の調査を行うこと。
- 3 施設等利用給付費は、保護者に代わり施設（事業者）が受領する場合があること。
- 4 町が、決定した給付認定の内容（個人番号を除く。）を利用する施設に提供すること。
- 5 申請の集中により、審査等に時間を要するため決定の通知までに5か月程度かかる場合があること。

特記事項等(町記入欄)

就労証明書

音更町長

宛て

証明日	年	月	日
事業所名			
代表者名			印
所在地			
電話番号			
記入者名			
記入者連絡先			

下記の内容について、事実であることを証明いたします。

No.	項目	記入欄
勤務先事業者に関する事項		
1	業種	<input type="checkbox"/> 農業、林業 <input type="checkbox"/> 漁業 <input type="checkbox"/> 鉱業、採石業、砂利採取業 <input type="checkbox"/> 建設業 <input type="checkbox"/> 製造業 <input type="checkbox"/> 電気、ガス、熱供給、水道業 <input type="checkbox"/> 情報通信業 <input type="checkbox"/> 運輸業、郵便業 <input type="checkbox"/> 卸売業、小売業 <input type="checkbox"/> 金融業、保険業 <input type="checkbox"/> 不動産業、物品賃貸業 <input type="checkbox"/> 学術研究、専門・技術サービス業 <input type="checkbox"/> 宿泊業、飲食サービス業 <input type="checkbox"/> 生活関連サービス業、娯楽業 <input type="checkbox"/> 教育、学習支援業 <input type="checkbox"/> 医療、福祉 <input type="checkbox"/> 複合サービス事業 <input type="checkbox"/> 公務 <input type="checkbox"/> その他()
就労者に関する事項		
2	ふりがな	
	就労者氏名	
3	就労者住所	
就労状態等に関する事項		
4	雇用(予定)期間	<input type="checkbox"/> 無期 <input type="checkbox"/> 有期※ 年 月 日 ~ 年 月 日
5	勤務先事業所名	
6	勤務先住所	
7	勤務先電話番号	
8	雇用の形態	<input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 非常勤・臨時職員 <input type="checkbox"/> 派遣社員 <input type="checkbox"/> その他()
9	就労時間 (固定就労の場合)	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 祝祭日 平均就労日数 日/週 日/月 平日 時 分 ~ 時 分 (実働 時間/日) 土曜 時 分 ~ 時 分 (実働 時間/日) 日曜 時 分 ~ 時 分 (実働 時間/日) 1カ月あたりの就労時間 時間 分
		平均就労日数 日/週 日/月 1カ月あたりの平均就労時間 時間 分 1日あたりの平均就労時間 時間/日
		就労実績 年 月 年 月 年 月 日/月 日/月 日/月
		12 育児休業の取得 (予定期間) <input type="checkbox"/> 取得予定 <input type="checkbox"/> 取得中 <input type="checkbox"/> 期間終了 年 月 日 ~ 年 月 日
13	復職年月日	年 月 日
その他		
14	備考欄	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; color: red;">「4 雇用(予定)期間」が有期の場合、こちらに更新予定の有無をご記入ください。</div>

※お勤めの方は事業主に記入してもらってください。自営の方は、ご本人で記入してください。

保護者記入欄

児童名	生年月日	年	月	日	保育園	<input type="checkbox"/> 利用中	<input type="checkbox"/> 申込中(第一希望)
児童名	生年月日	年	月	日	保育園	<input type="checkbox"/> 利用中	<input type="checkbox"/> 申込中(第一希望)
児童名	生年月日	年	月	日	保育園	<input type="checkbox"/> 利用中	<input type="checkbox"/> 申込中(第一希望)

※エクセルデータを音更町ホームページ(<http://www.town.otofuke.hokkaido.jp>)でダウンロードできます。
 国の標準様式にNo.や項目を合わせているため、こちらの紙媒体の様式と表示が若干異なります。

保育の利用を必要とする申告書（就労以外の方用）

音更町長 宛て

	申告日	令和元年 月 日
住 所	〒	
保護者氏名	Ⓜ	子どもの続柄
	Ⓜ	電話番号

申込児童	氏名	性別	生年月日	利用施設
			男・女	年 月 日
		男・女	年 月 日	<input type="checkbox"/> 第一希望 <input type="checkbox"/> 利用中

保育を必要とする事由	<input type="checkbox"/> 妊娠中または産後間がないため	出産予定日	年 月 日	
		添付書類	母子手帳の出産予定日のページの写しを添付してください。	
	<input type="checkbox"/> 疾病または障がい を有するため	療養期間	<input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> 年 月 日までの予定	
		診断名		
		添付書類	障がい者手帳を添付してください。手帳がなければ、診断書（町で定めた様式）を添付してください。	
	<input type="checkbox"/> 同居の親族または長期入院をしている親族を常時介護または看護しているため	別添介護について（町で定めた様式）を作成してください。		
		添付書類	診断書、障がい者手帳の写し、介護保険認定結果通知書の写し等を添付してください。	
	<input type="checkbox"/> 災害の復旧に当たっているため	添付書類	罹災証明書等を添付してください。	
<input type="checkbox"/> 求職活動を行っているため	就労されたときは、子ども福祉課子育て支援係までご連絡ください。利用の日から90日以内に就労されない場合は、 給付認定を取り消します(認定に基づく施設の利用または利用料等の無償化ができなくなります) 。			
<input type="checkbox"/> 就学中または職業訓練中のため	添付書類	在学証明書、職業訓練受講証明書等を添付してください。		
<input type="checkbox"/> その他の事由	事由の状況	具体的に書いてください。		

世帯の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親世帯	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯
	<input type="checkbox"/> 兄弟姉妹が同時かつ新規に申込み	<input type="checkbox"/> 兄弟姉妹が保育施設等を利用中（施設名）
	<input type="checkbox"/> 虐待・DVのおそれ	<input type="checkbox"/> 申込児童が小規模事業所を卒園予定（施設名）
	<input type="checkbox"/> 申込児童が障がい を有する。	<input type="checkbox"/> 主たる生計維持者がリストラ等により求職中
	<input type="checkbox"/> 育児休業明け	<input type="checkbox"/> その他町長が認める事由（）

保育の利用を必要とする申告書（就労以外の方用）

音更町長 宛て

	申告日	令和元年 月 日
住 所	〒	
保護者氏名	Ⓜ	子どもの続柄
	電話番号	

	氏名	性別	生年月日	利用施設
申込児童		男・女	年 月 日	<input type="checkbox"/> 第一希望 <input type="checkbox"/> 利用中
		男・女	年 月 日	<input type="checkbox"/> 第一希望 <input type="checkbox"/> 利用中

保育を必要とする事由	<input type="checkbox"/> 妊娠中または産後間がないため	出産予定日	年 月 日	
		添付書類	母子手帳の出産予定日のページの写しを添付してください。	
	<input type="checkbox"/> 疾病または障がい等を有するため	療養期間	<input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> 年 月 日までの予定	
		診断名		
		添付書類	障がい者手帳を添付してください。手帳がなければ、診断書（町で定めた様式）を添付してください。	
	<input type="checkbox"/> 同居の親族または長期入院をしている親族を常時介護または看護しているため	別添介護について（町で定めた様式）を作成してください。		
		添付書類	診断書、障がい者手帳の写し、介護保険認定結果通知書の写し等を添付してください。	
	<input type="checkbox"/> 災害の復旧に当たっているため	添付書類	罹災証明書等を添付してください。	
<input type="checkbox"/> 求職活動を行っているため	就労されたときは、子ども福祉課子育て支援係までご連絡ください。利用の日から90日以内に就労されない場合は、 給付認定を取り消します(認定に基づく施設の利用または利用料等の無償化ができなくなります) 。			
<input type="checkbox"/> 就学中または職業訓練中のため	添付書類	在学証明書、職業訓練受講証明書等を添付してください。		
<input type="checkbox"/> その他の事由	事由の状況	具体的に書いてください。		

世帯の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親世帯	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯
	<input type="checkbox"/> 兄弟姉妹が同時かつ新規に申込み	<input type="checkbox"/> 兄弟姉妹が保育施設等を利用中（施設名）
	<input type="checkbox"/> 虐待・DVのおそれ	<input type="checkbox"/> 申込児童が小規模事業所を卒園予定（施設名）
	<input type="checkbox"/> 申込児童が障がい等を有する。	<input type="checkbox"/> 主たる生計維持者がリストラ等により求職中
	<input type="checkbox"/> 育児休業明け	<input type="checkbox"/> その他町長が認める事由（）

申請書の
記載要領

ための施設等利用給付認定申請書

裏面の【申請に当たっての同意事項】をご確認ください。

申請書の提出日を記入

現在支給認定を受けている保護者と
同じ方を記載してください。

申請日 令和元年 8月 15日

申請者
(給付認定
保護者)

住所 〒080-0000
音更町大通0丁目0番地 音更マンション0号室
平成31年1月1日現在の住所 同上 音更町以外(市・町・村)

フリガナ オトフケ イチロウ

氏名 音更 一郎

生年月日 平成 3年 3月 3日

電話
番号

自宅 0155-00-0000
父携帯 090-000-0000
母携帯 080-000-0000

必ず押印

【申請にあたっての同意事項】に同意し、次のとおり子どもを施設等利用給付認定法第30条の5第1項の規定による給付認定の申請をします。

申請に係る
子ども

フリガナ オトフケ ジロウ

氏名 音更 次郎

個人番号 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

生年月日 平成26年 5月 5日 (令和元年 4月 1日現在 4 歳)

認定(希望)期間 令和元年10月1日から 小学校就学前 令和元年 月 日 まで

性別 男・女

申請者との
続柄 次男

申請する
認定区分

1号認定

利用(予定)施設名称 記入の必要はありません

利用開始(予定)日 年 月 日

預かり保育は
ここにチェック

2号認定

3号認定

利用(予定)事業等

一時預かり

認可外保育

病児保育

子育てサポート

利用(予定)施設等名称

音更幼稚園

当初入園日を記入

利用開始(予定)日

平成26年 4月 1日

年 月 日

年 月 日

年 月 日

保護者それぞれが異なる事由の
場合は、2か所にチェック

保育を
必要とする
事由等

就労 疾病・障がい 介護・看護 求職活動

就学・職業訓練 妊娠・出産 災害復旧

その他 ()

世帯の状況(上記の子を除く。) 同居・別居を問わず、生計が同一である方は全て記入してください。

続柄	フリガナ 氏名	同居 の有無	生年月日		会社名、学校名等
			個人番号(父母のみ)		
父	オトフケ イチロウ 音更 一郎	<input checked="" type="radio"/> 同・別	平成 3年 3月 3日		株式会社音更
			2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2		個人番号を必ず記入
母	オトフケ カズコ 音更 一子	<input checked="" type="radio"/> 同・別	平成 3年 5月 5日		株式会社オトフケ
			3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3		
長男	オトフケ タロウ 音更 太郎	<input checked="" type="radio"/> 同・別	平成20年 6月 6日		音更小学校5年
祖父	オトフケ タクロウ 音更 拓郎	<input checked="" type="radio"/> 同・別	昭和30年 7月 7日		無職
		同・別	年 月 日		
		同・別	年 月 日		

就労証明書

音更町長

宛て

就労証明書の記載要領

この証明書は、雇用主が申請者の勤務の状況等を証明するものです。
 下段の「保護者記入欄」以外は、勤務先に様式と記載要領を提出し、勤務状況等の証明を受けてください。

証明日	令和 元 年 ● 月 ● 日
事業所名	株式会社 音更
代表者名	代表取締役 ●●●● (印)
所在地	音更町●●丁目●●番地
電話番号	0155-●●-●●●●
記入者名	●●●●
記入者連絡先	0155-●●-●●●●

下記の内容について、事実であることを証明いたします。

No.	項目	記入欄
勤務先事業者に関する事項		
1	業種	<input type="checkbox"/> 農業、林業 <input type="checkbox"/> 漁業 <input type="checkbox"/> 鉱業、採石業、砂利採取業 <input type="checkbox"/> 建設業 <input type="checkbox"/> 製造業 <input type="checkbox"/> 電気、ガス、熱供給、水道業 <input type="checkbox"/> 情報通信業 <input type="checkbox"/> 運輸業、郵便業 <input checked="" type="checkbox"/> 卸売業、小売業 <input type="checkbox"/> 金融業、保険業 <input type="checkbox"/> 不動産業、物品賃貸業 <input type="checkbox"/> 学術研究、専門・技術サービス業 <input type="checkbox"/> 宿泊業、飲食サービス業 <input type="checkbox"/> 生活関連サービス業、娯楽業 <input type="checkbox"/> 教育、学習支援業 <input type="checkbox"/> 医療、福祉 <input type="checkbox"/> 複合サービス事業 <input type="checkbox"/> 公務 <input type="checkbox"/> その他()
就労者に関する事項		
2	ふりがな	おとふけ いちろう
	就労者氏名	音更 一郎
3	就労者住所	音更町大通0丁目0番地 音更マンション0号室
就労状態等に関する事項		
4	雇用(予定)期間	<input checked="" type="checkbox"/> 無期 <input type="checkbox"/> 有期※ 平成 ●● 年 ●● 月 ●● 日 ~ 平成 年 月 日
5	勤務先事業所名	●●株式会社●●事業所
6	勤務先住所	音更町●●丁目●●番地
7	勤務先電話番号	0155-●●-●●●●
8	雇用の形態	<input type="checkbox"/> 自営業 <input checked="" type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 非常勤・臨時職員 <input type="checkbox"/> 派遣社員 <input type="checkbox"/> その他()
9	就労時間 (固定就労の場合)	<input checked="" type="checkbox"/> 月 <input checked="" type="checkbox"/> 火 <input checked="" type="checkbox"/> 水 <input checked="" type="checkbox"/> 木 <input checked="" type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 祝祭日
		平均就労日数 5 日/週 21 日/月
		平日 9 時 分 ~ 17 時 分 (実働 7 時間/日)
		1ヵ月あたりの就労時間 147 時間
11	就労実績	平均就労日数 日/週
		1ヵ月あたりの平均就労時間 時間 分 1日あたりの平均就労時間 時間/日
12	育児休業の取得 (予定期間)	<input type="checkbox"/> 取得予定 <input type="checkbox"/> 取得中 <input type="checkbox"/> 期間終了 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
13	復職年月日	平成 年 月 日
その他		
14	備考欄	「4 雇用(予定)期間」が有期の場合、こちらに更新予定の有無をご記入ください。

※お勤めの方は事業主に記入してもらってください。自営の方は、ご本人で記入してください。

保護者記入欄 以降は保護者が記入すること。施設等利用給付認定申請を行うすべての児童について記入してください。

児童名	音更 次郎	生年月日	平成 26 年 5 月 5 日	●● 幼稚園	<input checked="" type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 申込中(第一希望)
児童名		生年月日	年 月 日		<input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 申込中(第一希望)
児童名		生年月日	年 月 日		<input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 申込中(第一希望)

※エクセルデータを音更町ホームページ(<http://www.town.otofuke.hokkaido.jp>)でダウンロードできます。
 国の標準様式にNo.と項目を合わせているため、こちらの紙媒体の様式と表示が若干異なります。

保育の利用を必要とする
申告書の記載要領

る申告書（就労以外の方用）

この申告書は、保育を必要とする理由が、就労以外の場合に作成してください。

住所	〒080-0000 音更町大通0丁目0番地 音更マンション0号室				
保護者氏名	音更 一子		子どもとの続柄	母	電話番号 080-000-0000
申告日	令和元 年 8 月 15 日				

氏名	性別	生年月日	利用施設	
音更 次郎	<input checked="" type="radio"/> 男・ <input type="radio"/> 女	平成26年 5月 5日	音更幼稚園	<input type="checkbox"/> 第一希望 <input checked="" type="checkbox"/> 利用中
	男・女	年 月 日		<input type="checkbox"/> 第一希望 <input type="checkbox"/> 利用中

申込児童が2人を超える場合は、上下2段にするなどして記入してください。

保育を必要とする事由	<input checked="" type="checkbox"/> 妊娠中または産後間がないため	出産予定日	令和元 年 12 月 1 日
		添付書類	母子手帳の出産予定日のページの写しを添付してください。
	<input type="checkbox"/> 疾病または障がい等を有するため	療養期間	<input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> 年 月
		診断名	
		添付書類	障がい者手帳を添付してください。手帳がなければ、診断書（町）を添付してください。
	<input type="checkbox"/> 同居の親族または長期入院をしている親族を常時介護または看護しているため	別添介護について（町で定めた様式）を作成してください。	
	<input type="checkbox"/> 災害の復旧に当たるとため	添付書類	罹災証明書等を添付してください。
	<input type="checkbox"/> 就労中または職業訓練中のため	添付書類	就労されたときは、子ども福祉課子育て支援係までご連絡ください。利用の日から90日以内に就労されない場合は、 <u>給付認定を取り消します(認定に基づく施設の利用または利用料等の無償化ができなくなります)</u> 。 在学証明書、職業訓練受講証明書等を添付してください。
	<input type="checkbox"/> その他の事由	事由の状況	具体的に書いてください。 「求職活動」のほか、給付認定の有効期限がある場合は、期限までにその他区分への変更申請等がない場合、無償化対象外となります。

該当するものにチェックをしてください。

必要な添付書類を忘れずにご用意ください。

ご不明な点は、お気軽にお問い合わせください。

世帯の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親世帯	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯
	<input type="checkbox"/> 兄弟姉妹が同時かつ新規に申込み	<input type="checkbox"/> 兄弟姉妹が保育施設等を利用中（施設名）
	<input type="checkbox"/> 虐待・DVのおそれ	<input type="checkbox"/> 申込児童が小規模事業所を卒園予定（施設名）
	<input type="checkbox"/> 申込児童が障がい等を有する。	<input type="checkbox"/> 主たる生計維持者がリストラ等により求職中
	<input type="checkbox"/> 育児休業明け	<input type="checkbox"/> その他町長が認める事由（）